ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr

A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

QUESTIONNAIRE
VEAUX SYNDROME HEMORRAGIQUE

Mode d'emploi

- questionnaire à remplir pour chaque veau malade
- quand les réponses sont les mêmes (exemple alimentation….) pour plusieurs veaux indiquer « idem et le N° de travail du veau» pris en référence

Questionnaire rempli

- par (*nom*) :
- le (*date*) :

ELEVAGE

Nom (prénom) ou raison sociale

Commune et code postal

N° élevage

Téléphone Fax Email

Nombre de vaches mères :

Saisonnalité des vêlages :

LE VEAU MALADE

- **N° du veau** (*10 chiffres et n° de travail*) :
- **Date de naissance** (*jour mois année*) :
- **Sexe** : femelle ☐ mâle ☐
- **Conditions de vêlage** (*cocher la bonne proposition*)
  - Veau né seul sans témoin ☐
  - Veau né sans intervention mais avec observation ☐
  - Veau né avec assistance humaine ☐
    - Sans vêleuse ☐
    - Avec vêleuse ☐
    - Veau né par césarienne ☐

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

- **Colostrum**

  - ***Tétée de la mère*** dans les 12 premières heures
    - oui □
    - non □
    - possible mais pas certain □

  - ***Ingestion de colostrum***
    - uniquement de la mère oui □ non □

    - Si oui, en élevage laitier, pendant combien de temps :

    - Si non, ingestion de colostrum
      - issu de plusieurs vaches (mélange) oui □ non □
        - date de début de distribution
      - d'une vache autre que sa mère oui □ non □
        - Si oui (et si possible de renseigner)
          - N° identification
          - N° de vêlage
          - Vaccinations BVD et FCO (*nom des vaccins et dates*)

          - Maladies pendant la gestation (*symptômes, dates traitements*)

  - ***Ingestion d'un colostro-remplaceur*** du commerce oui □ non □
    - Si oui
      - Nom du produit
      - Quantité administrée

  - ***Si élevage laitier***, préciser les modalités de l'alimentation lactée
    - lait reconstitué (poudre de lait) □ ou lait entier de vache □
    - Si lait entier
      - Lait de tank
      - Lait issu de vaches à cellules
      - Lait issu de vaches avec des résidus de médicaments

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

- **Description de la maladie**

  - ***date de début des symptômes*** ou du premier traitement (*jour mois*)

  - ***nature des symptômes*** (*décrire les principaux symptômes observés sur le veau, si possible dans l'ordre chronologique*)

    - température rectale
    -

  - ***si mort*** :
    - date de mort (*jour mois*)
    - euthanasie □ ou mort naturelle □
    - lésions macroscopiques majeures

- ***Traitements reçus depuis la naissance*** (*préciser tous les traitements administrés par voie orale et/ou injectable, y compris en réanimation ou administrés de façon systématique ou préventive ; pour chaque traitement indiquer le nom du produit et les dates ou durées de traitement*)

- **Examens complémentaires** (*Examens complémentaires concernant le veau ou tout facteur de risque hypothétique*) (*Préciser la date, le laboratoire, le type d'analyse prescrite, le résultat -résumé ou copie du résultat-*)

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

MERE DU VEAU MALADE

- **N° d'identification** (*10 chiffres*) :
- **Date de naissance** (*jour mois année*) :
- **Race :**
- **N° de vêlage** :
- **Née sur l'exploitation** ☐ **Achetée** ☐
- **A donné naissance lors d'une gestation précédente à un veau atteint d'un syndrome hémorragique oui** ☐ **non** ☐
- **Vaccinations de la mère**
  - FCO

nom du vaccin	**date** *2008 et 2009 éventuellement*
	○
	○

  - BVD

nom du vaccin *ne pas oublier d'inclure les vaccins « respiratoires » contenant une valence BVD*	**date** - *en 2009 et/ou 2008 essayer de préciser le jour et à défaut le mois de vaccination ;* - *pour les années antérieures à 2008 indiquer seulement l'année*

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

- Diarrhées (*en 2008 ou 2009*)
  - nom du vaccin
  - date

- autre(s) (*en 2008 ou 2009*)
  - nom du vaccin
  - date

- **maladie(s) pendant la gestation du veau malade**

Diagnostic ou symptômes	date	Traitements

- **traitement(s) antiparasitaire(s) (externes ou internes)** (*pendant la gestation ou le début de lactation)*

nom de l'antiparasitaire	**date** *(jour mois année, à défaut mois année)*

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

- **alimentation pendant la gestation du veau malade** (*par période de l'année et depuis la fécondation, indiquer la nature des fourrages et des compléments concentrés et minéraux*) (*préciser tout ce qui vous parait intéressant sur la qualité des aliments : moisissures, qualité nutritionnelle…)*

- **alimentation depuis la mise –bas du veau malade**(*idem à ci-dessus*)

ENVT Pathologie des ruminants ; 23 Chemin des Capelles BP87614 ; 31076 Toulouse cedex
Tel 05 61 19 38 37 ; Fax 05 61 19 38 34 ; Email f.schelcher@envt.fr
A transmettre pour la Wallonie : Clinique vétérinaire universitaire – Pôle Ruminant
Bd. de Colonster, 20 – Bat.B42 – 4000 Sart-Tilman LIEGE, Belgique
tel: 00(32) 4-366-40-20– fax: 00 (32) 4-366-40-24 – ltheron@ulg.ac.be

LE PERE DU VEAU MALADE

- **N° d'identification** (*10 chiffres*)
- **Race**
- **Monte naturelle** □ **IA** □
- **Si monte naturelle**
  - Date de naissance (*jour mois année*)
  - N° de la saison de saillies dans l'élevage
  - Né sur l'exploitation □ ou acheté □
- **Vaccinations**
  - FCO
    - date (2008 et 2009 éventuellement)
    - nom du vaccin
  - BVD
    - date
    - nom du vaccin
  - autre(s)
    - date
    - nom du vaccin